

Mod. 2	Azienda Sanitaria Locale LANCIANO-VASTO-CHIETI (L.R. 05 / 08) Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696	
Richiesta di partecipazione corsi di aggiornamento facoltativo		

Spett.le
 Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione
 Formazione Aziendale

ADA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE

Nome	Cognome	N° Matric.	Numero telefono/ e-mail
Qualifica	U.O.- Presidio di appartenenza	Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/>	Tempo determinato <input type="checkbox"/>

B Titolo evento formativo: _____

C Organizzato da : _____

Sede _____ dal _____ al _____

Il sottoscritto **CHIEDE** l'autorizzazione per la partecipazione all'evento formativo richiamato in oggetto di cui all'allegato programma. Chiede l'assegnazione di un contributo a fronte delle spese d'iscrizione (**40% della quota d'iscrizione al corso**).

D QUOTA ISCRIZIONE € _____ (da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale intestata all'ente o intestata al dipendente quando la quota è da lo stesso anticipata)

E Obiettivo dell'evento formativo

F Tipologia Evento

Convegno o congresso < / = 2 gg.		Corso formazione > 2 gg		ECM fino a 5	
Congresso > / = 3 gg		Stage		ECM fino a 15	
Corso di formazione fino a 2 gg		Master		ECM > 15	
Altro:					

G Modalità di partecipazione all'evento

Partecipante / uditore	Si	No	Presentazione di comunicazione scient. / poster	Si	No
Relatore / moderatore	Si	No	Percorso formativo ricompreso nel piano formativo dell' UU.OO. / Dipartimento	Si	No
Evento ad integrazione di un precedente percorso formativo	Si	No	Altro :		

H L'evento è attinente alla qualifica funzionale del dipendente? Si No

Negli ultimi 3 anni al richiedente sono stati finanziati altri eventi formativi ?	No	Si 1 evento	Si più eventi
Il richiedente si impegna, a conclusione dell'evento, a redigere una relazione scritta (cartaceo e informatico) su quanto appreso e a condividere con gli altri componenti dell' U.O. di appartenenza il materiale didattico avuto o a relazionarvi			No Si

Data _____ firma dipendente _____

Attinenza dell'obiettivo dichiarato con la posizione funzionale del dipendente	Alta	Normale	Bassa
Aderenza dell'obiettivo formativo dell'evento in oggetto con gli obiettivi dell' U.O.	Forte	Media	Scarsa

L

L'evento formativo è in grado di indurre formazione di altri dipendenti? Il dipendente acquista la capacità di essere formatore o animatore di futuri eventi formativi ?	Si	No
---	----	----

M

Priorità del dipendente di accedere al finanziamento in oggetto nel rispetto del piano formativo specifico dell' U.O. o di altri criteri previsti nell' U.O.	Bassa	Media	Alta
--	-------	-------	------

N

Si Autorizza Si No Note _____

Data _____

Il Dirigente delle Professioni Sanitarie – Area Formazione (per il personale del comparto sanitario)

Firma _____

Il Direttore U.O.C./U.O.S.D./U.O.S. (per il personale del comparto non sanitario e tecnico)

Firma _____

Il Direttore di U.O.C./U.O.S.D./U.O.S. (per i Dirigenti Medici e SPTA)

Firma _____

Q

LA PRESENTE ISTANZA, DEBITAMENTE COMPILATA E AUTORIZZATA DOVRA' PERVENIRE INDEROGABILMENTE 30 GIORNI PRIMA DELLA DATA PREVISTA DELL'INIZIO DEL CORSO.

Eventuali istanze pervenute in tempi non congrui saranno opportunamente valutati previa documentazione.

COMITATO SCIENTIFICO

Nella seduta del _____

Si autorizza la partecipazione

Non si autorizza la partecipazione

Il coordinatore del Comitato Scientifico per la Formazione

Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione – Formazione Aziendale

Viste le autorizzazioni e la disponibilità delle risorse finanziarie :

Si autorizza la partecipazione

Non si autorizza la partecipazione

Note _____

Data _____

*Il Responsabile del Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione – Formazione Aziendale
Dott. Rocco Mangifesta*
